

SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
PARA RECLAMO DE ACCIDENTE
PÓLIZA COLECTIVO DE ACCIDENTE/ ACCIDENTE PERSONAL

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO, **TODAS** LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN LAS DIFERENTES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO.

I. DATOS DEL ASEGURADO

1. PÓLIZA APG / API :	2. CERTIFICADO:	3. CONTRATANTE:
4. NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO:		
5. NOMBRES Y APELLIDOS DE RESPONSABLE (SI EL ASEGURADO ES MENOR DE EDAD):		
6. LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		7. EDAD
8. DIRECCIÓN:		9. OCUPACIÓN ACTUAL:

II. DATOS DEL ACCIDENTE

1. ¿DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE?:	2. FECHA:	3. HORA:
4. ¿COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?:		
5. ¿QUE LESIONES SUFRIÓ EN EL ACCIDENTE?		
6. ¿QUIENES PRESENCIARON EL ACCIDENTE?		
NOMBRE	EDAD	TELÉFONO
DIRECCIÓN:		
NOMBRE	EDAD	TELÉFONO
DIRECCIÓN:		

III. DATOS MEDICOS

1. ¿QUIENES FUERON LOS MEDICOS QUE LE ATENDIERON?	
NOMBRE	TELÉFONO
DIRECCIÓN:	
NOMBRE	TELÉFONO
DIRECCIÓN:	
2. ¿EN QUÉ HOSPITAL O CLINICA FUE ATENDIDO U HOSPITALIZADO?	
3. SI EL ACCIDENTE OCURRIÓ A CONSECUENCIA DE ERROR, NEGLIGENCIA O FALTA DE UN TERCERO, INDICAR EN QUE CONSISTIO:	
4. ¿TIENE OTROS BENEFICIOS BAJO ALGUN OTRO PLAN DE ACCIDENTES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
INDICAR EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON VERIDICAS Y EXACTAS Y AUTORIZO A TODOS LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS MEDICOS QUE SUMINISTREN A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS , TODA LA INFORMACION RELACIONADA CON LO DECLARADO EN ESTE FORMULARIO, INCLUYENDO COPIA EXACTA DE SUS ARCHIVOS.	

_____	F. _____	FECHA:
NOMBRE DEL ASEGURADO / RESPONSABLE	ASEGURADO / RESPONSABLE	

IV. DECLARACION MÉDICA

NOMBRE DEL ASEGURADO:	
EDAD:	OCUPACION:
FECHA EN QUE OCURRIO LA LESION A CAUSA DEL ACCIDENTE:	
¿CUANDO FUE CONSULTADO POR PRIMERA VEZ EN RELACION AL ACCIDENTE?	
DESCRIBA LOS SINTOMAS O LESIONES ENCONTRADOS:	
¿LAS LESIONES FUERON CAUSADAS DIRECTA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ACLARAR: _____	
¿PADECE O PADECIA EL ASEGURADO, DE ALGUNA ENFERMEDAD AL MOMENTO DEL ACCIDENTE?:	
¿PADECE O PADECIA EL AEGUARDO, DE LAS CONSECUENCIAS DE ALGUN ACCIDENTE ANTERIOR O DE ALGUNA INCAPACIDAD? DESCRIBA:	
¿CUAL ES EL ESTADO ACTUAL DEL ASEGURADO?:	
A SU JUICIO, EL ACCIDENTE PODRIA CAUSAR AL ASEGURADO: - MUERTE. <input type="checkbox"/> - INHABILITACION: TOTAL <input type="checkbox"/> ¿DESDE CUANDO? _____ PARCIAL <input type="checkbox"/> ¿DESDE CUANDO, DURANTE CUANTO TIEMPO? _____ TEMPORAL <input type="checkbox"/> ¿DESDE CUANDO, DURANTE CUANTO TIEMPO? _____	
¿QUE OTROS MEDICOS HAN ATENDIDO AL ASEGUARDO POR LA MISMA DOLENCIA?	
NOMBRE	TELÉFONO
DIRECCIÓN:	
NOMBRE	TELÉFONO
DIRECCIÓN:	

OBSERVACIONES ADICIONALES:

NOMBRE DEL MEDICO:	No. DE JVPM	
DIRECCION:	TELEFONO:	FAX:
FIMRA Y SELLO:	FECHA:	